

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°.....

1264

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marie-André-Pierre WILLIAMSON

Né le 24 Août 1914, à TONNAY-CHARENTE (Charente-Inférieure)

Interne des Hôpitaux de Nantes

Evolution favorable
d'accidents pulmonaires et articulaires
succédant
à une angine de nature streptococcique

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

1204

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marie-André-Pierre WILLIAMSON

Né le 24 Août 1914, à TONNAY-CHARENTE (Charente-Inférieure)

Interne des Hôpitaux de Nantes

Evolution favorable
d'accidents pulmonaires et articulaires
succédant
à une angine de nature streptococcique

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

MM.	
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	LEON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.

Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.

Clinique médicale	CHIRAY.
-------------------------	---------

Hygiène et clinique de la pro	LOEPER.
Clinique des maladies des en	CARNOT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Marcel LABBE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CLERC.
Clinique des maladies du système nerveux	LEREBOUILLET
Clinique des maladies infectieuses	NOBECOURT.

Clinique chirurgicale	H. CLAUDE.
-----------------------------	------------

Clinique ophtalmologique	GOUGEROT.
Clinique urologique	GUILLAIN.

Clinique d'accouchements	LEMIERRE.
--------------------------------	-----------

Clinique gynécologique	CUNEO.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GOSSET.
Clinique thérapeutique médicale	GREGOIRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LENORMANT.
Clinique thérapeutique chirurgicale	TERRIEN.
Clinique propédeutique	CHEVAUSSU.
Clinique de la Tuberculose	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	COUVELAIRE.
Clinique de neuro-chirurgie	JEANNIN.
Clinique cardiologie	MOCQUOT.
Assistance médico-sociale	OMBREDANNE

Professeurs sans chaire



	HAZARD.
	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNTE.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
FENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD EL.	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
FEY	Urologie.
GAILLARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VAL- LERY RADOT ..	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale
ECALLE	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE PIERRE GOGUET

Mort pour la France le 25 septembre 1915

A MES FRERES ET SŒURS

A MON BEAU-PÈRE LE DOCTEUR LUDOVIC CASSARD

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique des Maladies Mentales
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux de Paris

*Hommage de respectueuse reconnaissance
pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE REYT

Médecin Suppléant des Hôpitaux de Nantes
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVREUL
MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILLEAU
MONSIEUR LE PROFESSEUR VIEL
MADAME LE PROFESSEUR POUZIN-MALEGUE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUTIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX
MONSIEUR LE DOCTEUR THIBAUT
MONSIEUR LE PROFESSEUR PICHAT

A MES AUTRES MAÎTRES

MESSIEURS LES DOCTEURS BARON, CHARBONNEL,
DELAUNAY, JAROUSSE, MOISNARD, RELIQUET,
RIOU

A MES CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

MESSIEURS LES DOCTEURS COLAS, GAULTIER

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT DE NANTES

A TOUS MES AMIS

PREAMBULE

Le rôle joué par les foyers amygdaliens dans les infections secondaires a été bien mis en relief dans le rapport de Worms et Le Mée au Congrès d'Oto-Rhino-Laryngologie de 1930.

Reprenant la théorie des Américains sur la « Focal Infection », ces auteurs en donnent une traduction sincère, en la définissant foyer d'*infection première déterminante*, et en font remonter la paternité au chirurgien J.-L. Petit, au xvii^e siècle.

Ces auteurs envisagent en détail tous les accidents variés dans leur nature, leur siège et leur gravité, dont la liste est tellement longue qu'elle représente à elle seule une bonne partie de la pathologie infectieuse.

L'infection générale engendrée, répond aux septicémies d'origine amygdalienne — à savoir les amygdalites infectieuses des anciens auteurs — en précisant bien que le terme de septicémies implique une diffusion infectieuse avec ou sans déterminations viscérales multiples (septico-pyohémie). Ces septico-pyohémies ont tantôt des manifestations multiples, sans prédominance de l'une d'entre elles; tantôt la prédominance de l'une d'entre elles donne une allure particulière à la maladie.

Nous venons d'observer un cas qui illustre bien le rôle d'une angine, dans le déterminisme d'accidents de suppuration pulmonaire, puis de pseudo-rhumatisme infectieux.

L'origine streptococcique a été prouvée par la concordance des examens de laboratoire du prélèvement pharyngien et de l'expectoration, et, enfin, par l'influence heureuse de l'auto-vaccinothérapie sur les phénomènes articulaires.

Aussi modeste que soit notre contribution à l'étude des accidents infectieux consécutifs à une angine d'origine streptococcique, elle ne s'attache qu'à produire une observation clinique où des accidents pharyngés, puis pulmonaires, enfin articulaires, se sont déroulés successivement pour évoluer d'une façon favorable.

Nous tenons à exprimer ici toute notre reconnaissance à nos Maîtres des Hôpitaux et de l'Ecole de Médecine de Nantes, pour l'enseignement et les conseils qu'ils nous ont prodigués au cours de nos études médicales.

Nous remercions tout particulièrement M. le Docteur Pierre Reyt. Nous avons eu l'honneur d'être son Interne et il a bien voulu nous guider dans le choix et la rédaction de ce travail. Qu'il veuille nous permettre de lui dire ici notre très sincère et affectueuse gratitude.

OBSERVATION

Mlle Ru..., 55 ans.

Début : le 2 décembre 1937.

Angine blanche avec *fièvre* à 40°, *courbature*, *ma-laise*. Examen de laboratoire : *streptocoque*.

Très rapidement, la *fièvre baisse*.

La malade reprend son *activité*.

Alors que la température était à 37° le matin du 5 décembre, le soir, point de côté à la *base droite*, frisson, température à 40°.

On la suit pour *congestion pulmonaire*.

Vaccin pulmonaire. Injections d'un complexe à base de Strontium.

Vue en *consultation* le 13 décembre.

On trouve une *malade abattue*, *pâle*, *moite*, *dyspnéique*.

A la *base droite*, *matité*, foyer de râles sous-crépita-
nants, un peu d'*égophonie* et de *pectoriloquie*.

Une ponction plcurale est blanche.

Dans le *crachoir*, on constate des crachats épais, lourds, purulents, et la malade déclare cracher ainsi depuis les jours qui ont suivi son point de côté.

La température est à 38°2.

Le pouls est *rapide*.

On demande un examen de crachats qui montre l'absence de bacilles de Koch.

On continue le *traitement*, à savoir : *Eucalyptine*, *créosote*.

La malade continue à *cracher*.

La température se maintient aux environs de 37°5.

Le 27

Reprise de la *fièvre*.

Apparition, pour la première fois, de douleurs pénibles dans le thorax, et surtout dans la jambe *gauloise* est *libre*. Pas de choc rotulien. Pas d'*adénopathie*.

che. Le mollet est *douloureux*, un peu chaud. L'*arti-*

On craint une *phlébite*, mais l'œdème n'apparaît pas.

L'*expectoration* persiste *abondante*.

On institue un *traitement* à l'alcool.

Injection intra-veineuse d'une solution d'alcool à 20 %.

En même temps, on prescrit du salicylate.

Le 6 janvier, devant la persistance des douleurs et le résultat de l'examen de laboratoire qui a isolé et cultivé une souche de streptocoque hémolytique dans l'*expectoration*, traitement par le carboxy-sulfamido-chrysoïdine.

Le 10 janvier :

La température ayant *baissé*, on transporte la malade pour un examen radiologique.

Image de condensation de la base, très *externe* et mal différenciée, avec tache claire au sein de la condensation.

Sous l'influence de l'*alcool*, les crachats diminuent pourtant, la malade paraît s'améliorer, les douleurs s'apaisent.

Le 18 :

On autorise même un *lever*.

Le 26 janvier :

Nouvelle poussée *articulaire*, affreusement douloureuse, immobilisant complètement la malade, dont les bras sont impotents, dont les mains sont tuméfiées avec douleurs à toutes les *petites articulations*.

Les mouvements du cou sont impossibles.

Les membres inférieurs sont également le siège de douleurs.

L'expectoration a repris, et les signes d'auscultation ont un peu changé. Ils ne sont plus strictement localisés à la base droite. En arrière, à la pointe de l'omoplate droite, on perçoit un discret foyer de râles.

On continue les injections intra-veineuses d'*alcool*.

On augmente la dose de salicylate. Les arthralgies cèdent mal, alors que la température baisse et que les crachats diminuent.

Le 6 février :

Nouvel examen radiographique.

Amélioration très nette du foyer basal, mais infiltration discrète se projetant sous la clavicule droite.

On demande un auto-vaccin à partir de la souche de streptocoque hémolytique des crachats.

A la suite des premières injections, réactions focales articulaires, amélioration et disparition de l'ex-

pectoration et des arthralgies. La température devient absolument normale.

Le 18 mars : on fait une injection de lipiodol du côté droit. L'injection est très imparfaite et montre des altérations bronchiques nettes.

Fait à signaler : Dans les jours qui ont suivi cette injection est apparue une poussée d'urticaire généralisée, avec érythème, ainsi qu'une dernière exacerbation des arthralgies.

La malade achève sa convalescence au bord de la mer.

Depuis la malade a été vue à plusieurs reprises. Elle a conservé une respiration très rude en avant sous la clavicule, mais a un excellent état général. Elle a repris son activité professionnelle.

Nous l'avons adressée à Cauterets, où deux saisons consécutives lui ont préparé deux hivers satisfaisants.

Après avoir développé cette observation, nous allons la commenter et, à la lumière des travaux minutieux sur les accidents infectieux post-angineux, nous allons insister sur les points intéressants.

Au point de vue clinique, nous n'insisterons pas sur l'*angine*.

En effet, si nous ne l'avons pas observée, nous savons qu'il s'est agi d'une angine forte, dont l'enduit grisâtre pseudo-membraneux a fait un moment hésiter sur sa nature diphtérique. C'est là l'habitude. L'angine n'a pas de caractères très particuliers et même ne fait jamais prévoir que des accidents ultérieurs peuvent survenir. Pourtant, on aurait insisté sur l'im-

portance des adénopathies et l'existence d'une contracture douloureuse de la région cervicale.

Les signes pulmonaires n'avaient absolument rien de caractéristique, à tel point que le diagnostic d'attente posé avait été celui d'une *congestion pulmonaire*, et ce sont surtout les caractères de l'expectoration qui nous ont permis d'affirmer la suppuration broncho-pulmonaire.

En effet, s'il n'y avait pas eu de vomique proprement dite, l'apparition de crachats lourds et épais, franchement purulents, avait été perçue, mais jamais leur abondance n'avait été supérieure à 80 centimètres cubes, et l'expulsion était relativement fractionnée. Avant l'examen radiologique, c'est avant tout le résultat négatif de la bacilloscopie qui avait orienté le diagnostic.

L'examen radiologique a précisé et localisé le foyer de la base droite dans une zone relativement près de la paroi, dans la région latéropostérieure, sur la ligne axiliaire postérieure, juste au-dessus du diaphragme.

L'aspect de ce foyer répondait à une infiltration assez diffuse, à limites estompées, et dont le centre avait une tonalité différente, un peu plus claire. Sa régression a été assez rapide. En moins de trois semaines, le foyer basal s'est résolu. Mais un nouveau foyer sous-claviculaire est apparu sous forme d'une infiltration très discrète, donnant cette fois un aspect broncho-pneumonique très particulier.

Comment doit-on interpréter ces images radiologiques?

A aucun moment, nous n'avons observé une image hydro-aérique typique, avec un niveau horizontal, et il n'était pas possible d'affirmer un abcès collecté. D'ailleurs, l'expectoration n'a jamais été très abondante.

Grâce au laboratoire, on pouvait éliminer une condensation tuberculeuse. On se trouvait en présence d'une suppuration diffuse migratrice, dont le caractère broncho-pneumonique était précisé par l'aspect radiologique de la deuxième poussée.

Cet aspect broncho-pneumonique nous a incité à pratiquer plus tard un examen au lipiodol, alors que tous les troubles étaient virtuellement terminés. Cette exploration nous a montré, d'une façon très nette, l'existence de dilatations cylindriques, localisées à droite et surtout à la base, avec un défaut de remplissage des extrémités bronchiques, ayant l'aspect particulier de bois mort.

Il y avait donc eu intrication de suppuration broncho-pulmonaire et de bronchiectasies. Cette association est maintenant classique depuis les travaux de Sergent, mais il est fort difficile de préciser la suppuration primitive.

S'agissait-il d'un abcès bronchiectasiant, d'une bronchi-ectasie abcédée ou d'un abcès bronchi-ectasique? En un mot, l'abcès avait-il été consécutif à une dilatation bronchique pré-existante ou bien avait-il entraîné une ectasie secondaire?

Bien qu'on ait pu dire que l'interrogatoire soit décisif pour préciser si la dilatation bronchique pré-

existait, il est souvent malaisé de distinguer l'abcès bronchiectasiant des Américains de la bronchiectasie abcédée.

Il en fut ainsi dans notre observation où l'interrogatoire n'a pu nous convaincre de la pré-existence de la bronchi-ectasie et où, cependant, l'aspect cylindrique de la dilatation bronchique plaidait en faveur de l'abcès bronchi-ectasique.

Quoi qu'il en soit, cette suppuration fut vraiment broncho-pulmonaire.

Elle a revêtu le type des broncho-pneumonies suppurées diffuses qu'on observe surtout lorsque le streptocoque est l'agent pathogène.

A aucun moment, l'infection n'a débordé sur la plèvre.

Les phénomènes articulaires ont été si marqués qu'ils ont donné au tableau clinique, à partir de la quatrième semaine, une note prédominante. Au début, il y eut surtout des troubles subjectifs entraînant une impotence complète. Mais ils prédominèrent au mollet et au cou-de-pied gauche, à tel point que le diagnostic de phlébite fut soulevé.

Plus tard, aux troubles subjectifs, se surajoutèrent des troubles objectifs très précis, surtout aux petites articulations distales des doigts, du poignet, des orteils et du pied, ainsi qu'à la colonne cervicale.

Les petites articulations de la main et des doigts étaient tuméfiées, la peau tendue, luisante, rouge et chaude, et les articulations douloureuses à la palpation. Toute tentative de mobilisation était atroce et

l'impotence était alors complète. A aucun moment, les grosses articulations ne furent atteintes, et nous n'eûmes pas à observer une réaction sérieuse dans le genou.

Bref, il s'agissait d'un aspect pseudo-rhumatismal.

Comme l'ont signalé les auteurs, c'est l'aspect banal des polyarthrites, surtout localisées aux extrémités. Un autre caractère est leur *fixité*, classiquement opposée à la mobilité du rhumatisme vrai.

L'épreuve thérapeutique du salicylate n'a pas été très concluante. Les douleurs ont été un peu atténuées, mais incomplètement. En tous cas, jamais aucune manifestation endocarditique n'a pu être observée.

Au point de vue général, l'état de la malade fut surtout altéré aux premiers jours, alors que, durant toute la durée de l'évolution, la conservation d'un état général assez bon, nous permit de prévoir une évolution qui se vérifia excellente. Cependant, un fait nous a frappé : ce fut la pâleur de notre malade. C'est là un signe auquel les auteurs attachent une importance.

Par ailleurs, rien n'avait attiré notre attention du point de vue cardio-vasculaire, ni urinaire, ni digestif.

La courbe thermique est intéressante à suivre. Elle nous montre l'ascension jusqu'à 40°, contemporaine du grand frisson du début, et illustre bien les différents accidents observés durant l'évolution de la maladie.

En effet, très intéressantes furent les conditions dans lesquelles évoluèrent et se succédèrent les phénomènes cliniques qui procédèrent par poussées.

La poussée infectieuse initiale fut, pour ainsi dire, *monosymptomatique* : une localisation *pharyngo-amygdalienne*, où il était impossible de prévoir les événements ultérieurs, d'autant que la malade avait fréquemment des angines. Mais, faits à noter, et sur lesquels nous reviendrons plus tard, la malade, qui est institutrice, est surmenée par un premier trimestre chargé, et nous sommes au début de décembre, sitôt après la saison pluvieuse, à l'époque où le génie épidémique s'exacerbe.

Cette poussée d'amygdalite fut courte. Très rapidement, en moins de quatre jours, survint la complication pulmonaire annoncée par une reprise brusque et sérieuse de la fièvre.

La complication pulmonaire évolua pour son propre compte et pour ainsi dire isolément pendant trois semaines.

Puis apparut la première poussée articulaire qui se surajouta à une recrudescence de la suppuration pulmonaire pendant environ quatre semaines, durant lesquelles il y eut une défervescence très nette.

Enfin, une troisième poussée articulaire et pulmonaire apparut à la fin du septième septénaire.

Dans cette évolution par poussées, il est à noter que, après l'apparition de la complication pulmonaire, chaque poussée s'accompagnait d'un mouve-

ment fébrile qui atteignait son acmé en quatre jours, comme s'il y avait un cycle particulier à chaque nouvelle localisation métastatique. Il est aussi intéressant de noter que la recrudescence fébrile fut, chaque fois moins accentuée et la défervescence chaque fois plus rapide et plus nette.

Cette évolution entrecoupée n'a rien qui doive surprendre. Il est, en effet classique et habituel d'observer l'évolution des suppurations pulmonaires par poussées, parfois même à lointaine échéance, ces poussées se produisant au même endroit ou dans des endroits différents. Dans notre cas, à la localisation initiale de la base droite, s'est surajoutée une localisation sous-claviculaire droite, discrète, mais certaine, que l'auscultation avait décélée et la radiographie confirmée. Mais ce qui est plus particulier, c'est l'apparition concomitante de la première poussée articulaire avec la première reprise de la suppuration, ainsi qu'avec la deuxième; c'est aussi la réaction focale à chaque injection de l'auto-vaccin, et, enfin, à la suite de l'examen lipiodolé.

L'étiologie streptococcique de ces accidents ne paraît pas douteuse. L'examen de laboratoire du prélèvement pharyngé montra qu'il s'agissait d'un streptocoque.

L'examen des crachats ne montra jamais aucun bacille de Koch, mais l'existence d'un streptocoque hémolytique fut démontrée et c'est à partir de cette souche que fut fabriqué un auto-vaccin. Aucune hémo-culture ne fut jamais pratiquée. A l'époque où nous

vîmes la malade, la température ne dépassait pas 39° et nous n'avons par cru devoir la faire. Cette lacune est regrettable, car cet examen nous eût donné au début des renseignements fort précieux pour établir la bactériémie.

Si nous voulons analyser un peu notre conduite thérapeutique, nous rappellerons que, dans un premier temps, notre effort se limita à une simple désinfection bronchique par la créosote et les balsamiques. Puis, nous entreprîmes l'alcoolothérapie suivant un procédé très simple, qui consiste à mélanger, dans une seringue, 2 cc. d'alcool absolu à 14 cc. de sérum glucosé. On obtient ainsi aisément une solution à 20 %, qui a l'avantage de ne pas scléroser les veines. Nous fîmes ainsi tous les deux jours une injection intraveineuse jusqu'à un total de 20 injections. Ces injections eurent un effet certain sur l'expectoration qui diminua progressivement, malgré deux récidives.

A partir du moment où nous vîmes apparaître les arthrites fut institué un traitement chimiothérapique associé au salicylate.

L'influence thérapeutique la plus décisive et la plus nette à la fois sur l'expectoration et sur les arthrites fut obtenue lorsque nous avons appliqué l'auto-vaccinothérapie, à partir de la souche de streptocoques trouvés dans l'expectoration.

L'idée de cette auto-vaccinothérapie nous a été donnée par l'allure franchement dégressive de l'évolution. Nous avons cherché à compléter par une vac-

cinothérapie artificielle une immunité qui d'elle-même tendait à s'établir spontanément.

Notre hypothèse a été vérifiée par les véritables réactions focales articulaires déclanchées par chaque nouvelle injection, ainsi que par l'amélioration rapide et par la disparition définitive après une deuxième poussée qui suivit le lipido-diagnostic.

Cette dernière poussée est également instructive. Il paraît vraisemblable de penser que l'introduction de lipiodol dans les voies respiratoires a réveillé l'état infectieux latent et, en mobilisant de nouvelles toxines a déterminé l'éclosion de manifestations comparables au biotropisme.

PATHOGENIE

Nous arrivons enfin au point le plus intéressant de notre développement : la pathogénie de ces accidents.

L'origine amygdalienne de ces manifestations infectieuses ne saurait être mise en doute.

L'importance des suppurations broncho-pulmonaires post-angineuses est apparue à la faveur des travaux de ces dernières années.

Dans sa thèse (Paris, 1927), Kourilsky rapporte plusieurs cas très typiques. Les uns survenus spontanément, les autres après une intervention sur les amygdales.

Récemment encore, Sergent et Kindberg ont fait une part importante à cette catégorie de suppurations post-angineuses.

Tous les auteurs insistent sur cette fréquence nouvelle. L'explication de cette apparente multiplication réside dans le perfectionnement des techniques, et dans l'effort du dépistage.

Par contre, la pathogénie en est fort discutée. En effet, trois voies s'offrent à l'infection pharyngée pour gagner le poumon.

La voie directe :

Par l'ensemencement du poumon par des particules septiques franchissant la glotte. Elle a surtout été étudiée par les Oto-Rhino-Laryngologistes, à la suite des complications pulmonaires survenant après une intervention sur les amygdales.

La voie lymphatique :

A ses défenseurs, car il est assez remarquable de voir que le streptocoque hémolytique que l'on isole dans les amygdales se retrouve dans l'abcès pulmonaire.

La voie sanguine :

Partie du foyer amygdalien septique, l'embolie microbienne contamine le poumon qui s'infecte secondairement par décharges passagères ou répétées.

On pourrait supposer *a priori* que les angines soient susceptibles de créer surtout une dissémination sanguine au même titre qu'une otite, une infection utérine, une suppuration locale. Il y a là un foyer septicémique d'où essaient les microbes dans le torrent circulatoire.

Mais l'angine ne se prête pas volontiers à l'essai-mage de bactéries dans la circulation, du fait que la muqueuse est sans connexions très intimes avec les vaisseaux sanguins. Aussi, bien des auteurs ont admis la nécessité d'un relai lymphatique entre le foyer septique et les veines. C'est à cette façon de voir que se rallient tous ceux qui, récemment, ont repris la question des septicémies post-angineuses et, en particulier, les septicémies à bacilles funduliformis de Jean Halle.

Il y aurait donc trois stades dans l'extension du processus septique :

- l'infection amygdalienne avec abcès péritonsillaire,
- la participation lymphatique,
- l'atteinte veineuse.

L'infection peut rester cantonnée au premier ou au deuxième stade : quand seuls sont atteints les lymphatiques. On peut observer alors les localisations à distance sans qu'il y ait vraiment septicémie.

D'ailleurs, ce rôle qui consiste à déverser des germes dans la circulation ne reste pas le monopole du foyer septique pharyngé avec ou sans participation veineuse. Dès qu'il existe une localisation métastatique, en particulier lorsqu'il y a des suppurations pulmonaires, celle-ci va contribuer à son tour à entretenir la septicémie.

C'est de cette façon, nous semble-t-il, qu'il faut interpréter les polyarthrites observées chez notre malade. Elles ne sont survenues qu'à l'occasion de la deuxième poussée pulmonaire, c'est-à-dire assez tardivement.

Les polyarthrites ont revêtu un caractère pseudo-rhumatismal, mais rien ne nous autorise à les ranger dans le cadre du rhumatisme articulaire aigu. Au contraire, le rôle très efficace de l'auto-vaccinothérapie plaide bien en faveur de leur nature streptococcique.

CONCLUSIONS

I. — Une angine d'apparence banale peut être le point de départ d'accidents infectieux graves.

II. — Quand, après une amygdalite, apparaissent de la fièvre et des frissons, avant même qu'une localisation métastatique soit définie, il faut faire une hémoculture.

III. — Le pronostic des accidents métastatiques n'est pas toujours mortel.

IV. — Les complications pulmonaires réagissent bien au traitement médical, lorsqu'il est appliqué précocement. La méthode de l'alcoolothérapie de Landau est précieuse.

V. — Les poly-arthrites cèdent souvent spontanément. Lorsqu'elles sont de nature streptococcique, elles sont bien influencées par le Carboxy-Sulfamido-Chrysoïdine.

VI. — La méthode de l'auto-vaccinothérapie nous a donné d'excellents résultats.

VII. — La pathogénie de ces accidents post-angineux s'explique par un processus complexe d'extension où la voie lymphatique servirait le plus souvent d'intermédiaire à la voie sanguine.

Vu :

Le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu :

Le Président de la Thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABT. — Post-anginal Sepsis. (*Journal Pédiat.*, 8, 16 july 1932.)
- Post-anginal Sepsis. (*Annales Oto-Rhino et Laryngologie*, 43, 441-449, juin 1934.)
- ACHARD et MOUZON. — Abscess streptococcique du poumon. (*S. M. Paris*, juillet 1925.)
- ARLOING, DUFOURT, GASTINEL, LANGERON, DE LAVERGNE, REILLY. — Séméiologie des septicémies médicales. (*Rapports au Congrès Français de Médecine*, 1927.)
- BAILLIÈRE, TINDAL and COX. — Rôle des streptocoques dans les amygdalites et laryngites. (*Annales of the Pickett Thomson Research laboratory*.)
- BARDES (Albert). — Amygdales et Rhumatismes. (*Medical Record*, septembre 1927.)
- BIETH (C.-H.). — Septicémies streptococciques post-angineuses à évolution favorable. (*Thèse*, Paris, 1937.)
- BILLINGS (F.). — Foyer d'infection, son élargissement pour application à l'étiologie des maladies générales. (*Journ. Am. Med. Ass.*, 1914, vol. IXIII, p. 899-903.)
- CANUYT. — Sur un cas de septicémie à streptocoques d'origine pharyngée.

- CAPUTI. — Le rhumatisme streptococcique. (*Minerva Medica*, octobre 1934, N° 43.)
- COHEN (M.-S.). — Le rhino-pharynx comme centre d'infection focale. (*Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*, sept. 1924.)
- COTTON (H.-A.). — Cause des infections focales. Traitement et prévention. (*Lectures delivered at Princeton University*, janv. 1921, 13, 14, 15.)
- DEVINE (J.-W.). — Abscess du poumon suivant l'amygdalectomie. (*Virginia M. Monthly*, 54, 102, 1927.)
- DOWELL (G.-S.). — Amygdale et Infection focale. (*J. Missouri M. Association St-Louis*, 1914, XXI, 67, 68.)
- EUSTERMAN (G.-B.). — Aspects cliniques et pathologiques des foyers d'infection, principalement dents, amygdales, région gastro-intestinale. (*Ann. Clin. Méd.*, 3, 394, 401, nov. 1924.)
- FLOERSHEIM (S.). — Urticaire géant dû à des amygdales purulentes. (*Calif. and West Med. San Franc.*, 1926, XXXV, 752.)
- GORDING (R.). — Rhumatismes et amygdales. (*Norskklag. f. Laegevidensk*, Oslo, LXXXVII, 995, 1015.)
- GUILLAUME (L.). — Les septicémies à streptocoques. (*Arch. Méd. Chir. de Province*, N° 6, juin 1936.)
- HARNED (C.-W.). — Infection focale : bouche, dents, amygdales, maxillaires, en rapport avec les maladies générales. (*J. Iowa M. Soc.*, 12 : 10-13 janvier 1922.)

- HINKOVA (V.). — Les injections intra-veineuses d'alcool dans les abcès du poumon. (*Thèse*, Paris, 1934.)
- HIRSH. — Sur la septicémie post-angineuse. (*Klinische Wochenschrift*, N° 9, 27 février 1932.)
- HOLSTI (O.). — Relation des amygdalites et des rhumatismes articulaires. (*Finska Lak. Sällsk. Handl.*, Helsingfors, 1924, LXVI, 365-384.)
- ISAAC-GEORGES. — Rhumatisme et pseudo-rumatisme chez l'enfant. (*Revue du Rhumatisme*, Paris, 1934.)
- JACQUELIN. — Le diagnostic des suppurations et gangrènes pulmonaires (*Méd. Interne*, N° 12, 1935.)
- KINDBERG. — Les suppurations pulmonaires et leur traitement. (*S. M. H.*, Paris, mars 1929.)
- Dilatation des bronches. (Masson et Co.)
- KOURILSKY. — Les abcès du poumon. (*Thèse*, Paris, 1927.)
- LAVERGNE (de). — De l'infection streptococcique. (*Annales d'Hygiène*, 1923, p. 205.)
- LEMIERRE (A.) et DESCHAMPS. — Les septicémies streptococciques. (*Journ. Médical Français*, avril 1925, p. 122, 161.)
- MEYER et PHAM-HUU-CHI. — Les septicémies post-angineuses. (*Le Bulletin Médical*, N° 39, 28 septembre 1933, p. 668.)
- OCHSNER (A.) and NESBIT (W.). — Abcès du poumon suivant l'amygdalectomie. (*Arch. Oto-laryng.*, 6, 330, octobre 1927.)

- SERGET. — Bronchiectasies abcédées. Abcès bronchi-ectasiant. Abcès bronchi-ectasiques. (*Presse Médicale*, 20 février 1938.)
- SERGET (E.) et BORDET (F.). — Les abcès putrides ou gangréneux du poumon d'origine naso-bucco-pharyngée. (*Journ. Médical Français*, août 1926.)
- SERGET, BORDET, DURAND et COUVREUX. — Exploration radiologique de l'appareil respiratoire. (Masson et Cie.)
- TERRACOL (J.). — Généralités sur les états septicémiques. (*O. R. L. Internationale*, octobre 1929.)
- TZANCK. — Maladie de Bouillaud et Rhumatisme post-infectieux. (*Revue du Rhumatisme*, avril 1935.)
- VON STOCKUM. — Rapport sur les suppurations pulmonaires. (*Congrès international de Chirurgie*. Bruxelles, 1911.)

